

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 142

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES DE LA PAROI ABDOMINALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1921

PAR

Léon BONNET

Né à Saint-Florent-sur-Auzonet (Gard), le 29 juillet 1892.

Décoré de la Croix de Guerre

(3 citations)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

TÉDENAT, Professeur, *Président.*

DE ROUVILLE, Professeur.

ETIENNE, Agrégé.

LAPEYRE, Agrégé.

{ Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

1921



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES DE LA PAROI ABDOMINALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES DE LA PAROI ABDOMINALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1921

PAR

Léon BONNET

Né à Saint-Florent-sur-Auzonet (Gard), le 29 juillet 1892.

Décoré de la Croix de Guerre

(3 citations)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs
de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*

DE ROUVILLE, Professeur.

ETIENNE, Agrégé.

LAPEYRE, Agrégé.

} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUX ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. GILIS.
Histologie.....	VIALLETON.
Physiologie.....	GRY & FELTT.
Physique médicale.....	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique.....	GRANEL.
Microbiologie.....	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales...	LISBONNE.
Pathologie interne.....	BOSC.
Thérapeutique et Matière médicale.....	N...
Hygiène.....	VIRES.
Médecine légale et Toxicologie.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	DUCAMP.
Clinique obstétricale.....	VEDEL.
Clinique des maladies ment. et nerv.....	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique.....	FORGUE; <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants.....	VALLOIS.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	MAIRET.
Clinique gynécologique.....	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires.	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

DOYENS HONORAIRES : MM. VIALLETON et MAIRET.

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

SECRÉTAIRES HONORAIRES : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	MARGAROT.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale.....	ETIENNE.
Accouchements.....	DELMAS (P.).
Pharmacologie.....	GALAVIELLE.
Matière médicale.....	CABANNES.
Stomatologie.....	WATON.

Agrégés en Exercice

Médecine. {	MM. LEENHARDT.	Chirurgie... {	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchem.. {	DELMAS (P.).
Anatomie.. {	MARGAROT.	Histoire nat. {	GALAVIELLE
Chimie {	DELMAS (J).	Physique... {	CABANNES.
	MESTREZAT.		PECH.

Examineurs de la Thèse

MM. TEDENAT, <i>professeur-président</i> .	MM. ETIENNE, <i>agrégé</i> .
DE ROUVILLE, <i>professeur</i> .	LAPEYRE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
MORTS POUR LA FRANCE

L. BONNET.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

Professeur de Clinique Chirurgicale
Officier de la Légion d'honneur

A MON JURY DE THÈSE

L. BONNET.

AVANT-PROPOS

Au moment où nous achevons nos études médicales, nous adressons nos remerciements à tous nos Maîtres.

Que M. le Professeur Tédénat veuille bien agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

On a beaucoup écrit sur les fibromes de la paroi abdominale. Ce qui nous a frappé dans toute cette littérature, c'est l'obstination avec laquelle les auteurs — surtout les auteurs français — donnent à ces tumeurs la même origine. On a voulu faire « l'unification » pathogénique du fibrome de la paroi abdominale.

Nous reproduisons — en les résumant — quelques observations recueillies dans le service de M. le Professeur Tédénat. (Thèse de Farayre, Montpellier 1896). Nous en publions une de date récente que notre maître a bien voulu nous fournir en acceptant la présidence de notre thèse.

En nous appuyant sur ces observations, nous montrerons surtout, dans notre modeste travail, que l'on ne doit pas reconnaître la même origine à tous les fibromes de la paroi ; il n'y a pas un fibrome de la paroi abdominale ayant toujours le même siège, naissant toujours du même endroit, il y a les fibromes multiples de la paroi abdominale pouvant se développer en n'importe quel point de la paroi, partout où il y a du tissu conjonctif susceptible de donner naissance à ces tumeurs.

Nous exposerons d'abord les observations dues à l'obligeance de M. le Professeur Tédénat.

Après avoir rappelé en quelques mots l'étiologie des fibromes de la paroi abdominale, nous aborderons la question de

la pathogénie de ces tumeurs, à laquelle nous donnerons dans notre travail la plus large place. Enfin, nous serons bref en ce qui concerne la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de ces tumeurs, chapitres si complètement exposés dans les travaux antérieurs.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Tédénat.)

M^{me} L. . . ., âgée de 25 ans. Pas de traumatisme. Deux accouchements normaux à 19 et 21 ans.

En juin 1885, elle constate une tumeur du volume du poing, occupant la partie inférieure droite de l'abdomen. La tumeur est indolore.

En janvier 1886, légère augmentation de volume. La tumeur intra-musculaire est indolore. L'opération n'est pas acceptée.

En janvier 1888, augmentation appréciable de la tumeur; peau saine, mobile. Tumeur indolore. L'opération est encore refusée.

En avril, la tumeur augmente rapidement de volume; quelques douleurs; la peau rougit et est soulevée par des bosselures. La malade maigrit. Le 10 juin, la tumeur occupe toute la moitié droite au-dessous de la ligne ombilicale. Elle est adhérente profondément; la peau est rouge et ulcérée. Toute opération est impossible.

Trois mois plus tard, la malade succombait cachectique, avec une vaste ulcération cratériforme.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Tédénat.)

M^{me} Anna X..., entrée le 21 décembre 1890. 29 ans. Pas d'antécédents pathologiques. Réglée régulièrement. Deux accouchements normaux, le dernier il y a 2 ans. Cette femme entre pour une tumeur abdominale, qui a débuté il y a 8 mois et qui a progressé rapidement, sans douleur, sans le moindre trouble. Etat général resté bon.

La tumeur côtoie la ligne médiane de l'ombilic à la région épigastrique. En haut, elle arrive au rebord cartilagineux des côtes; en dehors, sa limite est sur une ligne parallèle à l'axe médian du corps, qui partirait de l'épine iliaque antéro-supérieure. La tumeur est arrondie; la peau est lisse sur la tumeur. En faisant contracter les muscles de la paroi abdominale, la tumeur est fixée; par en bas, on ne sent aucun prolongement se dirigeant vers le rebord osseux du bassin.

Opération le 25 décembre. — Incision suivant le grand axe de la tumeur; décollement de la tumeur, qui est développée en arrière du muscle grand oblique. Elle est facilement enlevée. La tumeur, nettement ovale, est un fibrome pur. Suture de la paroi. Guérison.

OBSERVATION III

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Tédénat)

Fibro-sarcome de la paroi abdominale

Mme X..., 53 ans. Aucun antécédent pathologique. Régliée à 13 ans. Mariée à 20. Un enfant à 22. Deux fausses conches. Règles supprimées à 47 ans.

S'est aperçue il y a quatorze mois d'une petite tumeur indolore, mobile sous la peau, nageant dans la paroi abdominale du côté droit, un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette tumeur a grossi peu à peu.

Première opération incomplète, faite en ville, le 20 avril 1895. De nouveau la tumeur a augmenté. Actuellement la tumeur, mobile dans la paroi abdominale, se ramollit : la peau amincie est luisante, sur le point de s'ulcérer.

Opération le 21 janvier 1896. Ablation totale de la tumeur.

La tumeur est en totalité sur l'aponévrose du muscle grand oblique du côté droit ; en un point elle y adhère et on doit enlever une portion des fibres musculaires. Le petit oblique, le transverse sont au-dessous de la tumeur. La tumeur présente en certains points des portions dégénérées, évoluant vers la peau. Pas de pédicule reliant la tumeur aux os. La malade sort guérie au 20^m jour.

Deuxième récurrence. — 4 mois après, la malade entre de nouveau dans le service. La tumeur a récidivé. Elle est formée par deux ou trois lobes ramollis recouverts par une peau amincie et violacée : on sent au-dessous une tumeur plus large.

25 juin. Opération.

La néoplasie siège dans les muscles; sur une petite portion la tumeur s'est étendue jusque vers la graisse sous-péritonéale.

Il faut faire une vaste brèche dans les muscles pour tout enlever. La vaste plaie rétrécie par quelques points de suture s'est fermée par bourgeonnement secondaire. Guérison.

OBSERVATION IV

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Tédénat, à l'Hôpital Suburbain)

Madame L..., 23 ans, deux enfants, le dernier il y a 5 mois. Entrée le 28 juillet 1891, Hôpital Suburbain.

Il y a deux ans, au moment où elle sevrà son dernier enfant, elle sentit dans le flanc droit une douleur légère qui ne revenait que pendant les efforts et s'aperçut à ce niveau de la présence d'une petite tumeur. Cette tumeur s'accrut lentement pendant 19 mois. Depuis 5 mois, l'augmentation de volume a été beaucoup plus rapide; en même temps la malade ressentait des douleurs lancinantes spontanées au niveau de la tumeur.

Etat actuel. — La tumeur développée dans le flanc droit a le volume d'une tête de fœtus. Elle a son grand axe parallèle à l'arcade crurale. Elle dépasse en haut l'épine iliaque antéro-supérieure; en bas arrive à l'épine du pubis. Son bord inférieur arrive presque au contact de l'arcade crurale. La tumeur est dure, peu douloureuse, immobile quand l'abdomen est contracté. Elle est manifestement contenue dans la paroi.

Un pédicule très réel paraît rattacher la tumeur à la crête iliaque près de l'épine.

Opération le 31 juillet. Longue incision parallèle au grand axe. La tumeur est énucléée successivement en haut, en bas, en dedans et en dehors. Les fibres paraissent adhérer à la tumeur surtout en dedans; cette adhérence existe aussi en arrière, assez forte pour déchirer le péritoine pendant que l'on décortique la tumeur.

Il n'y a pas trace de pédicule.

La déchirure péritonéale, assez large, est réunie par un plan de suture continue à la soie. Réunion des tissus.

La malade sort guérie le 2 septembre. Revue en décembre 1894 par M. le Professeur Tédénat, elle jouissait d'une parfaite santé : pas de récidence.

OBSERVATION V

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Tédénat)

Fibrome du muscle droit de l'abdomen. Résection du péritoine.
Guérison par réunion immédiate.

Octavie C., 37 ans. Pas d'antécédents pathologiques. Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans. A eu deux accouchements.

La malade s'est aperçue, par hasard, il y a un an, d'une tumeur arrondie du volume du poing, siégeant à droite de l'olombic. Depuis deux mois, la tumeur s'est développée rapidement. Le 10 octobre 1891, elle consulte M. le Professeur Tédénat. — État général bon. La tumeur, du volume des deux poings, ayant son centre à peu près exactement sur la ligne médiane qui passe par l'olombic, est tout entière située

à droite de la ligne médiane du corps. Les téguments sont normaux et glissent sur la tumeur.

La tumeur se fixe quand on provoque la contraction des muscles abdominaux. Elle paraît contenue dans la gaine et même dans l'épaisseur du muscle droit.

Opération pratiquée le 14 octobre.— Incision longitudinale. Il faut sacrifier une bonne partie du feuillet antérieur de la gaine fibreuse du muscle droit, dont les fibres s'insèrent étalées sur la tumeur. En arrière, décollement difficile ; un trou de 3 à 4 centimètres de diamètre est fait au péritoine malgré toutes les précautions prises. Il est suturé au catgut. Suture perdue des plans profonds avec le catgut chromique et des téguments avec des fils métalliques.

La guérison a lieu par réunion immédiate. La tumeur était un fibrome pur, de texture uniforme. Vaisseaux très rares au centre, assez nombreux dans les plans superficiels de la face profonde.

M. le Professeur Tédénat a revu le malade 4 ans après. Pas de récurrence.

OBSERVATION VI

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Tédénat)

Mme L..., 32 ans, entrée le 17 mai 1896. Réglée à 16 ans, Mariée à 20 ans. A eu cinq enfants.

Elle s'est aperçue, il y a deux ans, d'une tumeur, ayant le volume double d'un œuf, occupant la ligne médiane au-dessus du pubis. Depuis deux mois, la tumeur s'est accrue rapidement.

Cette tumeur est arrondie. Fait une saillie peu marquée en avant. Elle s'étend de l'ombilic jusque près du pubis.

On fait un toucher vaginal. La tumeur fait une forte saillie dans l'excavation : l'utérus est rétroversé. Le doigt, à travers la paroi vaginale, peut soulever la tumeur ; on constate une fixité relative de la partie inférieure de la tumeur à 2 ou 3 cm au-dessus du pubis. Légère mobilité transversale, peu ou point diminuée par la contraction des muscles abdominaux antérieurs. La tumeur n'est certainement pas incluse entre les plans musculaires.

Opération le 27 mai. — Incision sur la ligne médiane. Tumeur en arrière de la gaine des deux muscles droits ; elle est adhérente au péritoine fenêtré à la partie supérieure de la tumeur sur une hauteur de 5 cm et une largeur de 2 cm en haut de l'incision, de 4 cm à sa partie moyenne, à 2 ou 3 cm au-dessus du pubis sur une étendue de 2 à 3 cm à cause d'adhérences dues au fascia péritonéal. M. le professeur Tédénat désinsère les deux muscles droits, dont les fibres restent indépendantes de la tumeur. Suture de la brèche péritonéale : il reste une fenêtre de 2 cm environ à la partie supérieure de l'incision. Suture métallique comprenant les téguments et les plans fibromusculaires. Affrontement excellent.

Guérison parfaite le 16 juin.

La tumeur est un fibrome type avec quelques îlots rouges, mous, peut-être sarcomateux.

M. Tédénat a vu souvent Mme L..., fermière du docteur Martin Roget (d'Arles). La brèche de l'incision péritonéale avait été fermée ; la santé générale restait parfaite dix ans après l'opération et il n'y avait aucune saillie sur la ligne opératoire.

La tumeur s'implantait sur les plans fibreux rétro-symphysaires.

OBSERVATION VII (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédénat)

Fibrome de la partie supéro-externe de la gaine du muscle droit de l'abdomen. Excision. Guérison.

Mme Marie D... 65 ans. Réglée à 15 ans. Deux accouchements normaux à 24 et 28 ans. Ménopause à 49. Depuis 3 ans, une tumeur se développe, assez rapidement dans les six derniers mois, au niveau de la partie antérieure des 7^{me} et 8^{me} côtes droites. Malade depuis longtemps, dyspeptique, vomissant des glaires le matin ; très mauvaise dentition. A cause de sa dyspepsie, de douleurs vagues, les diagnostics les plus bizarres ont été faits : tumeur de la vésicule biliaire, tumeur du rein droit.... Le docteur Maquet a été le seul à affirmer : tumeur de la paroi. La malade consulte M. le Professeur Tédénat, le 10 juin 1919. Etat moral très mauvais, en grande partie par suite des diagnostics faits. La tumeur dure, vaguement polybolée, occupe la partie supéro-externe du muscle droit, au niveau des 7^{me} et 8^{me} côtes. Elle se déplace avec le muscle et fait corps avec lui. Pas de ganglions ni à l'aîne ni à l'aisselle.

15 juin : Opération. — Anesthésie à l'éther goutte à goutte. Incision médio-verticale sur la tumeur. Les lèvres de l'incision étant écartées, on voit la tumeur émergeant de l'aponévrose antérieure du droit. Elle fait corps avec la gaine dont il faut exciser une surface de 5 cm en hauteur et à peine un

peu moins en largeur. Suture de la plaie sans drainage. Le muscle est resté intact.

23 juin. Réunion immédiate; il s'agissait d'un fibrome pur pesant 95 grammes.

La malade, débarrassée des préoccupations permanentes de sa tumeur, mise d'ailleurs à un régime convenant à sa dyspepsie (teinture de noix vomique et eau alcaline avant ses repas), a retrouvé rapidement une excellente santé.

ETIOLOGIE

Comme on le voit, dans toutes ces observations, le fibrome de la paroi abdominale s'observe surtout chez la femme, mais il n'est pas exceptionnel chez l'homme et chez l'enfant.

Sur 40 cas réunis par Pfeifer on trouve 11 cas chez l'homme. Sur 100 cas réunis par Ledderhose on trouve 10 hommes. Pfeifer cite plusieurs cas de fibromes chez des enfants. Dans une statistique que nous avons trouvée dans la thèse de Bertrand (thèse de Montpellier, 1914) sur un ensemble de 80 observations il y avait 11 cas chez l'homme et 5 cas chez des fillettes ou jeunes filles.

L'activité génitale semble jouer un rôle favorisant des plus nets.

Chez la femme, au cours de la grossesse, comme a dit Damalix « il semblerait que les poussées congestives lors de la menstruation et l'irritation des parois abdominales par l'utérus grévide jouent un certain rôle dans la production de cette tumeur ».

D'après Labbé et Remy « les efforts de l'accouchement prédisposeraient au fibrome ».

D'un autre côté les traumatismes, les contusions musculaires peuvent être invoqués pour expliquer les fibromes survenus chez des hommes et chez des enfants.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les fibromes de la paroi abdominale peuvent se rencontrer en tous les points de la paroi abdominale : tantôt au-dessus de l'ombilic, dans la région épigastrique (observation n° 2), tantôt au-dessous, entre l'ombilic et le pubis (observation n° 6), tantôt dans les flancs droit ou gauche (observation n° 4) ou au-dessus (observation n° 7), tantôt près de l'épine iliaque antéro-supérieure (observation n° 3). La localisation habituelle est par ordre de fréquence : la région inguinale, l'hypogastre, les flancs, l'hypochondre, l'épigastre et la région ombilicale.

La forme des fibromes est variable : tantôt ovoïde, tantôt arrondie, tantôt étalée.

Leur volume est variable : de celui d'une noix à celui d'une tête de fœtus. On en a cité un qui descendait jusqu'au genou (cas de Rokitansky).

Microscopiquement, le fibrome de la paroi abdominale — dans son type pur — est constitué par du tissu fibreux « fibres larges, ou étroites, rectilignes ou onduleuses du tissu conjonctif. Ces fibres s'entrecroisent et présentent par endroits l'aspect de tourbillons formant des mailles, comblées par du tissu amorphe ».

La plupart des fibromes de la paroi abdominale évoluent lentement, en plusieurs années. Certains conservent pendant très longtemps le caractère de tumeurs bénignes. D'autres au contraire peuvent subir la dégénérescence sarcomateuse et devenir cliniquement malins (observation n° 1). Dans l'observation n° 6 il y avait des îlots suspects, peut-être sarcomateux.

PATHOGÉNIE

La question de la pathogénie des fibromes de la paroi abdominale a été l'une des plus discutées. Beaucoup d'auteurs se sont attachés surtout à simplifier les choses et ont voulu voir le développement de ces tumeurs se faire toujours aux dépens du même tissu. Il y a là une exagération manifeste et on ne peut schématiser de pareille façon : il est vraisemblable au contraire que ces tumeurs peuvent se développer aux dépens de tissus divers.

Dans une communication à la Société de Chirurgie sur « certaines tumeurs fibreuses rencontrées chez la femme », Huguier et Nélaton soutenaient que le fibrome de la paroi abdominale naissait aux dépens du périoste. Pour eux, la tumeur était reliée au bassin — le plus souvent à l'épine iliaque antéro supérieure — par un pédicule. Ces idées furent partagées par Baudin (thèse 1861). En 1877, dans son mémoire intitulé : « Fibromes aponévrotiques intra-pariétaux », Guyon prétendit que cette origine ostéo-périostique était douteuse ; en 1878, Nicaise rapporte des observations dans lesquelles le pédicule n'existe pas. En 1888, Tillaux fait une observation analogue et Labbé et Remy concluent : « le pédicule n'existe pas souvent, peut-être ne l'a-t-on jamais rencontré ».

Si nous consultons les sept observations recueillies dans le service de M. le Professeur Tédénat, nous voyons que dans

aucune de ces observations il n'y a de pédicule reliant la tumeur à l'os. Dans l'observation n° 4, à l'examen, on avait cru sentir un pédicule reliant le fibrome à la crête iliaque au voisinage de l'épine antéro-supérieure ; mais, après incision de la tumeur parallèlement à son grand axe, on s'est aperçu que les fibres musculaires adhéraient à la tumeur mais, qu'il n'y avait pas trace de pédicule. Comme l'a fait remarquer M. le Professeur Tédénat, cette impression tactile était due à la tension des plans aponévrotiques, lorsqu'on palpait la tumeur.

Pour certains auteurs (Guinard) : « presque tous les fibromes de la paroi abdominale sont des tumeurs développées aux dépens de la portion intra-pariétale du ligament rond. »

Pour eux, le fibrome de la paroi abdominale serait une tumeur née sur la portion pariétale du ligament rond (trajet inguinal) et qui se serait insinuée entre les plans musculo-aponévrotiques de la paroi. Cette théorie très séduisante ne saurait nous retenir longtemps : car s'il est vrai que le fibrome de la paroi abdominale est infiniment plus fréquent chez la femme, il n'en existe pas moins cependant chez l'homme, et pour de nombreux fibromes de la paroi, la localisation anatomique initiale exclue complètement cette origine aux dépens du ligament rond.

Ainsi de ces sept observations, aucun des fibromes ne paraît avoir une origine ostéo-périostique, pas plus qu'il ne semble développé aux dépens du ligament rond.

Si nous cherchons la place exacte qu'occupait la tumeur dans chacune des observations, nous voyons que : dans l'observation n° 2, le fibrome, facilement décorticable était situé en arrière du muscle grand oblique.

Dans l'observation n° 3, la tumeur était en totalité située sur l'aponévrose du grand oblique ; en un point même elle y

adhérait. Le petit oblique et le muscle transverse se trouvaient au-dessous.

Dans l'observation n° 4, les fibres paraissaient adhérer à la tumeur, surtout en dedans, et il y avait des adhérences avec le péritoine.

Dans l'observation n° 5, il a fallu sacrifier une bonne portion du feuillet antérieur de la gaine fibreuse du muscle droit pour extirper la tumeur.

Dans l'observation n° 6, la tumeur s'implantait sur les plans fibreux rétro-symphisaires.

Dans l'observation n° 7, on a vu la tumeur émergeant de l'aponévrose antérieure du droit. Elle faisait corps avec la gaine, qu'il a fallu exciser en partie.

Nous voyons donc que toutes ces tumeurs paraissent nettement développées aux dépens de l'aponévrose d'enveloppe ou d'insertion des muscles abdominaux. On sait que c'est là une origine fréquente des fibromes des parties molles (on en observe de semblables au niveau des membres : fibromes des gaines synoviales, des gaines tendineuses, fibromes des aponévroses, etc...). D'une façon plus générale, on peut rencontrer les fibromes dans toutes les régions de l'économie où le tissu conjonctif est abondant et individualisé en formations différenciées : gaines, aponévroses, tendons, etc... Nous pensons que la paroi abdominale ne fait pas exception et qu'à son niveau, le fibrome peut se développer aux dépens des mêmes formations.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les fibromes de la paroi abdominale ont un début insidieux. Ce n'est que par hasard — et la plupart du temps sans éprouver aucune douleur — que la malade constate la présence d'une « grosseur » sur la paroi abdominale. Pendant quelque temps, elle n'y prend pas garde ; la tumeur augmente de volume lentement, mais régulièrement, et c'est alors, qu'intriguée, elle va consulter le médecin.

Au palper, la tumeur est indolore, dure au toucher, mobile sous la peau, que l'on peut pincer. La malade étant dans le decubitus dorsal, les muscles abdominaux relâchés, la tumeur se laisse facilement déplacer, et quelquefois, à ce moment-là, on pourra sentir une sorte de pédicule partant de la tumeur : sensation due, comme le pense M. le Professeur Tédénat, à la tension musculaire ou aponévrotique. Mais si on fait contracter les muscles abdominaux, la tumeur reste fixée ; c'est là le signe important et qu'il faudra toujours rechercher : il permet d'affirmer que la tumeur appartient aux muscles de la paroi.

Si on laisse évoluer la tumeur, celle-ci augmente de volume, en général lentement, et ce n'est que lorsqu'elle aura atteint un volume important, que l'on verra apparaître des troubles fonctionnels qui sont : la douleur et des phénomènes de compression des organes voisins. Mais ce sont là des phénomènes inconstants et qui varieront suivant le siège du fibrome.

Avec quoi peut-on confondre le fibrome de la paroi ? Il faut d'abord faire le diagnostic de tumeur de la paroi : on y parviendra en faisant état de tous les signes que nous avons précédemment indiqués comme appartenant aux tumeurs musculaires pariétales. Les petites tumeurs sous-cutanées ou d'origine cutanée (kystes sébacés, lipomes, angiomes) seront facilement reconnues. Il n'en est pas de même des tumeurs développées dans le muscle : une tumeur développée dans un muscle est fréquemment une gomme, quelquefois un kyste hydatique ; il faudra penser à ces deux éventualités et s'aider de tous les moyens de diagnostic dont on disposera. Une tumeur dure, à évolution bénigne, sera vraisemblablement un fibrome ; le sarcome a pour lui l'évolution plus rapide, la généralisation possible. Enfin, il ne faudra pas oublier que le fibrome, longtemps bénin, peut subir la transformation maligne.

TRAITEMENT

Avant l'ère aseptique, les anciens chirurgiens hésitaient à entreprendre l'extirpation du fibrome de la paroi abdominale. surtout, lorsque celui-ci, ayant acquis un certain développement, ils soupçonnaient des adhérences avec le péritoine. Ils craignaient l'ouverture de la séreuse entraînant alors, une péritonite presque toujours mortelle. Et alors pour faire « fondre la tumeur », ils employaient surtout des pommades résolutives... et quelquefois aussi le thermocautère.

A l'époque où l'on crut que le fibrome était toujours relié au bassin par un pédicule contenant des vaisseaux, on essaya d'isoler le fibrome de son point d'attache pour faire disparaître la tumeur. Richet fit la ligature sous-cutanée du pédicule. Ce procédé ne donna pas de bon résultat.

Actuellement, on peut dire que sous le couvert d'une bonne asepsie, l'extirpation complète et radicale du fibrome est toujours indiquée. — Mais il faudra intervenir le plus tôt possible — quand la tumeur est encore petite, encapsulée, sans adhérences, facilement énucléable. Plus tard, quand le fibrome est déjà ancien, l'opération est souvent pénible pour deux raisons : la première, c'est qu'il s'est formé des adhérences et on est quelquefois obligé de sacrifier assez largement le péritoine ; la péritonisation devient difficile. — Un autre danger est constitué par les hémorragies dues à la très grande vascularisation de certaines de ces tumeurs.

CONCLUSIONS

I. — Les fibromes de la paroi abdominale se rencontrent le plus souvent chez la femme ; surtout chez celle qui a eu un ou plusieurs accouchements. Cependant on peut les observer chez l'homme et chez les enfants.

II. — Il n'y a pas : un fibrome de la paroi abdominale ayant toujours la même origine. Il y a : les fibromes de la paroi abdominale pouvant se développer en n'importe quel point de la paroi — partout où il y a du tissu fibreux susceptible de leur donner naissance.

III. — Les fibromes purs de la paroi abdominale, au début tumeurs bénignes, peuvent subir la dégénérescence sarcomateuse et devenir malins.

IV. — L'extirpation de ces tumeurs — extirpation totale, complète, radicale — est la méthode de choix. Il faudra intervenir le plus tôt possible.

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie. — Société anatomique, Lille, 1903.
- Achard. - Anatomie pathologique, 1908.
- André. — Revue médicale de l'Est, Nancy (1897).
- Bireaud. -- Thèse de Bordeaux 1897, n° 81.
- Bard. — Fibrome aponévrotique intrapariétal de la paroi abdominale (Lyon Médical, t. XXVI p. 301), 1877.
- Bodin. - Thèse de Paris, 1861.
- Bergé. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1894.
- Boulanger. — Tumeur fibreuse hypogastrique (Bull. Ac.), 1843.
- Blandin. — Journal de méd. et de chirurgie pratiques, t. XVI, p. 112, 1845.
- Bouilly. — Tumeurs aiguës et chroniques de la cavité pré-péritonéale de Retzius (Thèse d'agrégation, Paris), 1879.
- Brun. — Annales de gynécologie et d'obstétrique, t. XXVI, 1886.
- Bertrand. — Thèse de Montpellier, 1911, n° 11.
- Bérard. — Société de Chirurgie de Lyon, 29 janvier 1914
- Caubet. — Société anatomique, juillet, 1902, p. 714.

Claret. — Thèse de Paris, 1902.

Cornils. — De nonnullis fibromatis in teguminibus abdominis
(Thèse de Kiel), 1865.

Cornil et Condray. — Société anatomique, 1906.

Cruveilhier. — Traité d'anatomie pratique, t. III, p. 641,
1856.

Clark. — Medical Times and Gazette, 1884.

Cornelius Williams. — New-York Medical Journal, janvier
1879.

Claude et Tuffier. — Bulletin de la Société anatomique, 1895.

Cameroon. — Glasgow Medical Journal, 1875.

Ceccherelli. — Fibrome de la paroi abdominale. Clinica Chi-
rurgica, t. XXII, n° 3, 31 mars 1914.

Duvergey (J.). — Sarcome développé aux dépens des parties
molles. Journal de Méd. de Bordeaux, X/IX, 388, 1919.

Damalix. — Thèse de Paris, 1886.

Daniel-Mollière. — Gazette des Hôpitaux, 1886. Sur un cas
de fibrome aponévrotique des parois abdominales sans
adhérence au squelette.

Delbet et Heresco. — Revue de Chirurgie, 1896.

Duret et Leplat. — Bulletin de la Société anatomo-clinique
de Lille, 1886.

Denonvilliers. — Société de Chirurgie, 1877.

Dieulafé. — Fibrome traumatique du muscle grand droit de
l'abdomen (Société d'obstétrique de Toulouse, décembre
1913).

- E. Suadicani. — Thèse de Kiel, 1875.
- Ficher. — Jahresber Virchow's, t. II, p. 457, 1867.
- Follet. — Bulletin médical du Nord, 1894.
- Fredet. — Société anatomique, p. 712, 1903.
- Farayre. — Thèse de Montpellier, 1896, n° 57.
- Fowler. — Dermoid of the abdominal Wall. Méd. Times, N. Y. 1918, X/VI, 39.
- Geiger. — An unusual extra-péritonéal abdominal neoplasm. J. Missouri. M. Ass. St-Louis, xii, 543, 1915.
- Guyon. — Des fibromes apon.-intra-pariétaux. Académie de Médecine. Tribune Médicale. 1877.
- Gaucher. — Bulletin de la Société anatomique, 1878.
- Gratzer. — Arch. für Anat. Virchows, t. I, p. 261, 1879.
- Gross. — Revue Médicale de l'Est, 1875.
- Grant. — The Lancet. t. I. p. 891. 1884.
- Guinard. — Revue de Chirurgie, 1898.
- Gérard. — Thèse de Paris, 1909, n° 228, 1909.
- Hohlen (K. S. J.). — Myxofibromata of the abdominal Wall. Ann. Surg. Phila, 1917, lxvi, 555.
- Haquin. — Thèse de Paris, 1888.
- Hartmann. — Annales de Gynécologie, 1886.
- Huguier. — Société de chirurgie, 1860.
- Henry. — A foreing body in a tumor of the anterior abdominal Wall. Canada. M. Ass. J. Montréal, 1916.

Kramer. — Semaine médicale, 1896.

Laurenti. — Fibroma del muscolo grande obliquo di sinistra.
Gazz. méd. di Roma xlii, 104-7, 1916.

Labbé et Rémy. — Traité des fibromes de la paroi abdominale, 1888.

Lecène et Delamarec. — Progrès Médical, janvier 1908.

Lenormant. — Revue de Chirurgie, 1905.

Limange. — Gazette des Hôpitaux, 14 février 1850.

Letailleur. — Revue de Chirurgie, 1878.

Le Dentu. — Société de Chirurgie, 1886.

Loisnel. — Thèse de Paris, 1888, n° 212.

Maksoud Charetin. — Etude sur un cas de fibrome malin de la fosse iliaque chez un homme (Thèse de Paris, 1862).

Michaux. — Société de Chirurgie, 1903.

Milian. — Société anatomique, 1904.

Morestin. — Société anatomique, 1904.

Noirot. — Thèse de Paris, 1897.

Nélaton. — Sur une espèce de tumeurs auxquelles on peut donner le nom de tumeur fibreuse de la fosse iliaque (Gazette des Hôpitaux, 16 février 1862, p. 77).

Noget. — Gazette médicale de Paris, 1891.

Puyaubert. — Thèse de Paris, 1899.

Paget. — The Lancet, t. 1, p. 625, 1856.

Panas. — Gazette des Hôpitaux, p. 677, 1873.

- Peyrot. — Manuel de Pathologie externe, p. 446, 1887.
- Potherat. — Société de Chirurgie, p. 382, 1903.
- Reclus. — Société de Chirurgie, 1895.
- Routier. — Société de Chirurgie, p. 976, 1909.
- Rokitansky. — Wiener Medical Presse, n° 9, 1879.
- Simard (A.). — Fibro-sarcome de la paroi abdominale. Bulletin méd. de Québec 1918-1919, XX, 261-5.
- Salesse. — Thèse de Paris, 1876.
- Steinthal. — Handbuch der Praktchirurgie, vol. 3, p. 18-20.
- Sappey. — Gazette des Hôpitaux, janvier, p. 29, 1850.
- Segond. — Fibro-sarcome de la paroi abdominale (Gazette des Hôpitaux, 10 juillet 1888). — Semaine médicale, 1886.
- Tillaux. — Chirurgie clinique, t. II, 1891. — Des tumeurs fibreuses péri-pelviennes chez la femme (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, janvier, p. 30), 1888.
- Thomas (de New-York). — American journal-ob obstetr... t. XII, p. 598, 21 janvier 1879.
- Turner. — Thèse de Paris, 1895, n° 291.
- Terrillon. — Bulletin général de Thérapeutique, 1886.
- Taylor (J. S.). — Hematoma of abdominal parietes U. States Nav. M. Bull. Wash. X, 515, 1916.
- Temoin. — Septième Congrès de Chirurgie, 1893.
- Valat. — Thèse de Toulouse, 1914, n° 10.

Vireboux. — Pathologie des tumeurs, t. I, p. 351, 1867.

Von Graff. — Zur kasuistik der entzündlichen Bauchdeckentumoren, 1917, XXX, 496.

Verneuil. — Bulletin de la Société anatomique, novembre 1879.

En ma qualité de Censeur de tour
j'ai lu la Thèse ayant pour titre : *Contribution à l'étude des Fibromes de la paroi abdominale*, par M. LÉON BONNET.

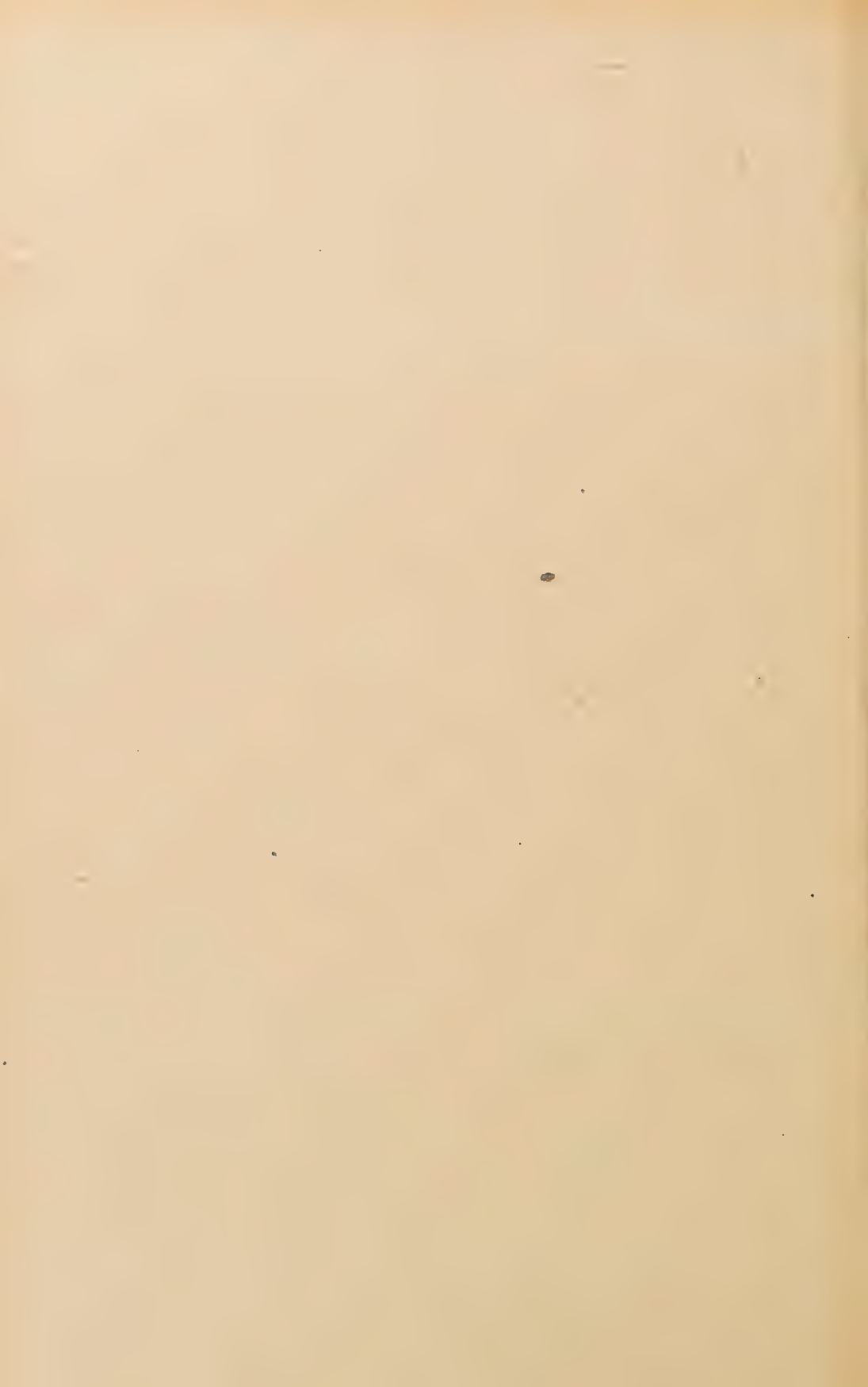
Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 13 juillet 1921.

LE PROFESSEUR,
TÉDENAT.

Vu :
Montpellier, le 13 juillet 1921.
LE DOYEN,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 juillet 1921.
LE RECTEUR,
Jules COULET.



SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
